DE LA

N° 59

PLEURÉSIE SUPPURÉE

NATURE ET TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 26 mai 1888

PAR

A. SÉGURET

Né à Sermet (Aveyron)

Elève du Service de Santé militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Chargé du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique médicale.	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠), CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✻).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. KIENER, *président.*
HAMELIN, professeur.
REGIMBEAU, agrégé.
BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A. SÉGURET.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NEVEUX

A. SÉGURET.

A MES ONCLES

A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS

A. SÉGURET.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur KIENER

Médecin principal de l'armée
Chevalier de la Légion d'honneur

A. SÉGURET.

A Monsieur le Docteur LUBAC

Ex-Interne, Lauréat des hôpitaux de Lyon

A mon excellent ami Monsieur le Docteur LORA

A TOUS MES AMIS

A. SÉGURET.

INTRODUCTION.

En présentant ce modeste travail à nos Juges, nous n'avons pas la prétention de leur apprendre des choses bien nouvelles et nous craignons fort d'aller à l'encontre de quelques-unes de leurs idées. Ils trouveront, sans doute, que nous sommes bien peu éclectif quand nous affirmons que la pleurésie suppurée est, dans la plus grande majorité des cas, de nature tuberculeuse. Nous n'avons pour excuse que notre inexpérience, aussi nous sommes-nous modestement abrité derrière les noms de maîtres compétents : Landousy, Kelsch, Kiener, etc.

En affirmant ce qu'ils avaient affirmé déjà, nous n'avons eu d'autre but que de défendre un traitement nouveau proposé par notre ami M. le Dr Lubac ; en considérant la pleurésie comme l'abcès froid de la plèvre, la tâche nous a été rendue beaucoup plus facile.

Qu'on nous pardonne donc, et qu'on veuille bien user envers nous de la plus grande indulgence.

Si nous avons trébuché en route, nos Juges voudront bien considérer que nous faisons nos premiers pas et que nous avons besoin qu'on nous donne la main pour ne pas tomber.

Nous saisissons cette occasion pour adresser nos meilleurs remerciements à tous nos excellents maîtres. Que M. le professeur Kiener reçoive en particulier l'expression de notre profonde gratitude pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous prodiguer et pour la bienveillance qu'il nous a constamment témoignée. Nous remercions aussi notre ami M. le

Dr Lubac, qui nous a fourni l'observation qui fait le côté nouveau de notre thèse. Nous souhaitons que son idée reçoive auprès de nos Juges l'accueil bienveillant qu'elle est en droit d'attendre; nous regrettons seulement pour notre malheureux ami qu'avec une si bonne cause il ait un aussi mauvais avocat. Nous nous efforcerons cependant de le défendre; qu'il veuille bien nous excuser si nos efforts ne répondaient pas à son attente.

Notre travail sera divisé en trois chapitres.

Dans le premier, nous exposerons les idées émises sur la nature de la pleurésie, et celles plus nouvelles de ceux dont nous embrassons la manière de voir.

Dans le deuxième, nous exposerons les diverses méthodes de traitement et en particulier le traitement par les injections d'éther iodoformé.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous exposerons nos conclusions.

DE LA

PLEURÉSIE SUPPURÉE

NATURE ET TRAITEMENT

CHAPITRE I.

HISTORIQUE.

La question qui fait l'objet de notre travail est une de celles qui ont le plus soulevé de controverses. De tout temps les auteurs ont travaillé dans ce vaste domaine de la pleurésie, sans que l'accord complet ait pu se faire entre eux. Il existe cependant des points communs, sur lesquels il serait puéril d'insister à l'heure actuelle, puisqu'on n'y trouverait rien qui n'ait été dit et fort bien dit par nos devanciers. Aussi, ne nous y arrêterons-nous pas, préférant nous occuper des questions encore à l'étude et sur lesquelles un des maîtres du Val-de-Grâce, M. Kelsch, vient particulièrement d'attirer l'attention ; nous voulons parler de la nature de la pleurésie. Et encore, nous restreindrons-nous un peu plus et ne traiterons-nous qu'une seule forme de pleurésie, la pleu-

résie suppurée. Ce que nous dirons d'elle, nous pourrions l'étendre à toutes les autres sortes d'épanchements pleuraux, car nous croyons avec Landouzy, et en employant son langage familier, que tout individu qui ne peut fournir, pour raison de son épanchement, ni infection (scarlatine, puerpérisme, etc.), ni une dyscrasie (rhumatisme), ni un trauma (fracture de côtes, infractus pulmonaire). Cet individu est un tuberculeux : fût-il vigoureux, jeune, gros et gras ; se déclarâ-t-il bien portant et indemne d'antécédents phymateux héréditaires ou personnels.

Cette affirmation que nous énonçons à la première page de notre modeste travail, est de date toute récente. Il a fallu les beaux travaux microscopiques faits depuis les dernières découvertes bactériologiques, pour en arriver à cette conclusion discutée encore par un grand nombre de cliniciens. Les observateurs de l'antiquité avaient bien remarqué combien difficile il était, avec les moyens dont ils disposaient, de guérir les épanchements purulents, mais si les questions de séméiotique n'avaient rien de caché pour eux, en revanche il leur était impossible d'expliquer la cause des phénomènes qui se passaient sous leurs yeux.

Si nous remontons aux origines, nous voyons que les médecins ont connu dès la plus haute antiquité, décrit longuement les abcès pleuraux et les ont traités chirurgicalement. Les asclépiades leur avaient donné le nom d'empyème, et nous voyons Hippocrate se préoccuper avec raison de la qualité du pus; s'il est pur, blanc et sans mauvaise odeur, disait-il, le sujet ne meurt pas; s'il est sanguinolent et bourbeux, il est voué à une mort certaine.

Ces notions exprimées par le père de la médecine, sont en accord avec les idées contemporaines, au moins au point de vue du pronostic. Il n'est pas de médecin qui ne sache aujourd'hui quel rôle jouent les micro-organismes pyogènes

et quelle différence profonde existe entre un pus septique et louable. Nous verrons plus tard que le succès des différents traitements que nous aurons à préconiser dépend de la façon plus ou moins rigoureuse avec laquelle sont appliquées les règles de l'antisepsie.

Les anciens qui voyaient si bien l'abcès et qui se rendaient compte de ses dangers, ne se préoccupaient pas beaucoup des causes qui lui avaient donné naissance. Il faut arriver jusqu'au travail de Bayle, en 1810, pour voir la pleurésie suppurée classée et décrite à part. Tout en admettant que le pus est le plus souvent dû à des lésions purulentes du poumon, il cite des faits dans lesquels ce genre de processus ne saurait être invoqué: un homme meurt, dit-il, avec toutes les apparences d'un phtisique; à l'autopsie, le côté droit renfermait sept à huit pintes d'un pus jaune très fluide et, contrairement à l'avis des médecins qui pensaient que le poumon avait subi la fonte purulente, ce poumon fut trouvé absolument sain.

Après Bayle survint cette époque de grands observateurs qui firent marcher la clinique à si grands pas. Laennec, Louis, Bouillaud d'un côté, soutenant la nature tuberculeuse de certaines pleurésies. — Baglivi, Avenbrugger, Corvisart, Stoll et Andral de l'autre, affirmant que la pleurésie suppurée est le résultat d'une phlegmasie aiguë mal guérie et que les prétendues lésions tuberculeuses observées par Laennec ne sont autre chose que des néo-membranes en voie de formation.

Grisolle, Trousseau, Hardy et Behier, Hérard et Cornil admettent la fréquence de la pleurésie tuberculeuse, mais ils ne contestent pas non plus que souvent l'on peut invoquer d'autres causes, et la nature purement inflammatoire de la maladie n'est pas mise en doute par eux.

Howard cité par Homolle (*Revue* de 1880) nie absolument

la pleurésie tuberculeuse et s'appuie pour cela sur une statistique de Blackisson; cette statistique comprend 79 cas, 53 sujets examinés ultérieurement ne présentaient pas traces de tubercules. Nous verrons plus tard que souvent, du vivant du sujet, les signes cliniques de la tuberculose font défaut et qu'il est bien difficile de se prononcer, si une nécropsie attentive ne vient éclairer complètement le médecin.

Bernutz, cité par Joanny (Thèse de Paris 1881) affirma au contraire que toutes les pleurésies étaient de nature tuberculeuse. Nous ne connaissons pas de travail fait par lui à ce sujet pas plus que de Villemin qui a professé cette opinion pendant 20 ans au Val-de-Grâce.

Les maîtres du Val-de-Grâce ont continué à soutenir l'opinion de Villemin.

Si l'on combat encore cette idée énoncée catégoriquement par eux que toutes les pleurésies sont tuberculeuses, on ne conteste pas en revanche que souvent il en soit ainsi, seulement l'affirmation paraît trop générale, et quelques cliniciens soutiennent qu'on peut trouver une inflammation de la séreuse pleurale, résultant de toute autre cause que le tubercule, tout aussi bien que l'on trouve l'inflammation des autres séreuses de l'économie.

L'objection est certainement spécieuse, cependant il est facile de prouver la similitude des processus. Un premier fait à noter c'est que souvent les maladies des séreuses articulaires sont de nature tuberculeuse. Dans les autres cas, qu'est-ce qui se produit? Il arrive que la maladie se déclare sous l'influence d'un trauma, d'une infection (blennhorragie), d'une dyscrasie (rhumatisme) absolument comme pour la plèvre. Nous avons admis avec Landouzy la pleurésie sous l'influence de ces causes, nous admettons aussi qu'elles agissent sur les autres séreuses de la même manière. Nous voyons donc que

l'analogie est complète et que l'objection qu'on pourrait nous faire peut facilement être combattue.

A côté de ceux qui ont une opinion éclectique sur la nature de la pleurésie, se trouvent les médecins et les anatomo-pathologistes qui soutiennent avec conviction le fait que toute pleurésie est de nature tuberculeuse, à part celles que nous avons déjà exceptées, et que la pleurésie *a frigore*, n'existe pas.

Landouzy, Kelsch et Vaillard, Ricochon sont du nombre ; nous allons exposer leurs raisons et dire en même temps les critiques que leurs travaux ont suscitées.

Landouzy a fait paraître sur ce sujet deux articles: l'un dans la *Gazette des hôpitaux* de 1884, l'autre dans la *Revue mensuelle de Médecine*, juillet 1886. Il ne connaît pas d'autopsie de sujets ayant succombé à une pleurésie *a frigore*, où l'on n'ait trouvé les lésions de la tuberculose.

MM. Kelsch et Vaillard à leur tour, ont soutenu leur manière de voir en l'étayant sur des faits nombreux ; ils ont jugé non pas seulement à l'aide de leurs observations personnelles, mais encore avec 300 observations empruntées à la pratique de leurs collègues.

Dans les recherches scrupuleuses auxquelles ils se sont livrés à l'autopsie de leurs sujets, le tubercule n'a jamais fait défaut. La plèvre est en général épaissie, parsemée de quelques granulations tuberculeuses, distincte de la néo-membrane ou confondue avec elle. Cette néo-membrane présente une épaisseur variable de 5 à 10 millimètres suivant la durée du processus ; sa surface est tomenteuse, irrégulière, creusée d'ulcères plus ou moins profonds. Tandis que dans les parties moyennes, les follicules tuberculeux sont encore intacts, ils présentent vers la surface la dégénérescence granulo-vitreuse. Dans le tissu intermédiaire, les faisceaux

fibreux sont pâles, partout des signes non équivoques de nécrose, de fonte caséeuse ou d'eschare sèche.

Après cet examen histologique, MM. Kelsch et Vaillard concluent que la pleurésie suppurée n'est qu'un des modes de la phlegmasie tuberculeuse; la plèvre est recouverte d'une vaste membrane tuberculeuse qui se détruit sans cesse dans ses couches internes et se régénère dans les parties périphériques comme celle de l'abcès froid. Pour eux l'analogie entre l'abcès froid et la pleurésie suppurée est complète. Dans l'observation suivante, elle est démontrée par l'existence d'un abcès froid thoracique coïncidant avec l'abcès pleural et s'étant vraisemblablement développé après lui.

Dans la deuxième observation que nous citons, c'est au contraire l'abcès froid qui ouvre la scène.

Ces deux faits nous ont paru intéressants à rapprocher. Nous pensons qu'ils contribueront à la démonstration de ce fait que la pleurésie suppurée n'est que l'abcès froid de la plèvre.

Observation I.

Empruntée au travail de MM. Kelsch et Vaillard (*Archives de physiologie*, 1886. p. 200 et s.)

Pasq..., 25 ans, soldat au 14^{me} régiment de dragons, de constitution robuste, a eu, pendant l'année 1884, une fièvre typhoïde grave; en juin 1885, une bronchite avec prédominance aux sommets, qui céda après 25 jours de traitement. Au commencement du mois d'août de la même année, il fut pris subitement de fièvre avec point de côté droit, toux sèche, oppression et dut rentrer à l'hôpital où l'on constate un épanchement pleurétique droit.

La fièvre disparaît mais l'épanchement augmente et une

ponction devient nécessaire: elle donne issue à trois litres de sérosité citrine. A partir de ce moment, la situation s'améliore, l'épanchement réduit à 200 ou 300 gr. de liquide n'augmente plus, mais la marche développe toujours un certain degré d'oppression. Le malade reste pâle, anémique. Vers le 10 novembre, Pasq.... attire notre attention sur un bruit insolite qui se produit dans sa poitrine à l'occasion des mouvements un peu brusques; l'auscultation, en effet, fait découvrir l'existence d'un hydro-pneumothorax qui s'était développé insidieusement sans douleur et sans trouble aucun dans l'état général.

Trois ponctions sont pratiquées du mois de janvier au 14 avril; le liquide, d'abord louche, devient ensuite franchement purulent.

Dans cet intervalle, un abcès froid du volume d'une pomme s'était lentement développé vers l'angle de la huitième côte droite.

La collection purulente, sans communication avec la plèvre, est extirpée avec le kyste le 27 janvier; elle reposait sur le périoste de la côte. La plaie opératoire se couvre à plusieurs reprises d'un fin semis de granulations tuberculeuses que l'on détruit par des cautérisations répétées; la cicatrisation n'est complète que vers le 20 mars.

Malgré ces divers incidents, l'état général du malade n'avait cessé d'être satisfaisant; il se levait, mangeait bien et prenait même de l'embonpoint. Aussi, n'est-ce que sur ses pressantes instances que nous pratiquons l'empyème le 29 avril.

A dater de ce moment, la situation décline malgré les lavages antiseptiques quotidiens. La température s'élève chaque soir; des sueurs nocturnes, de la diarrhée apparaissent de temps à autre. La suppuration pleurale tend à se tarir mais l'amaigrissement fait des progrès sensibles, et actuelle-

ment Pasq.... est dans un état cachectique prononcé. Cependant, l'affection semble absolument localisée dans la plèvre et il n'y a aucun signe de tuberculisation pulmonaire.

Pendant l'opération de l'empyème, il a été nécessaire de réséquer une portion de la dixième côte sur une étendue de trois centimètres afin de faciliter le placement des drains. La portion de la plèvre attenante a été recueillie pour l'examen histologique.

Examen du fragment.— Le fragment excisé mesure environ un centimètre d'épaisseur et comprend : 1° la plèvre proprement dite un peu épaissie et hyperhémiée ; 2° une néomembrane dont les dimensions atteignent 7 à 8 millimètres d'épaisseur. Fibreuse à sa partie profonde et presque entièrement cellulaire vers la surface, elle est parsemée de follicules tuberculeux typiques.

Bon nombre de ses vaisseaux capillaires sont oblitérés par des leucocytes ou de l'endothélium proliféré et les vaisseaux d'un certain calibre y présentent parfois l'altération vitreuse sur un segment plus ou moins étendu de leur paroi.

A ce niveau existent d'ordinaire de petits foyers hémorrhagiques plus nombreux dans la partie profonde que dans la zone superficielle. Celle-ci est composée d'éléments nécrosés et rappelle exactement le centre de certains foyers tuberculeux.

Elle est criblée de follicules en voie de régression qui affleurent à la surface et s'étendent souvent le long des vaisseaux, perpendiculairement à cette dernière, de façon à constituer de véritables traînées parallèles entre elles. Quand ces traînées se ramollissent et s'éliminent, il en résulte des pertes de substance de formes très diverses et une sorte d'aspect frangé de la surface.

Observation II.

Empruntée à M. Klesch et Vaillard (*Archives de physiologie*, 1886, p. 200 et s.)

Bor.., 21 ans, détenu, était en traitement à l'hôpital du Val-de-Grâce depuis six semaines pour un abcès froid de la marge de l'anus et pour bronchite, lorsque, dans les premiers jours du mois de février 1885, il commença à ressentir dans le côté gauche du thorax une douleur vague, qui, le 11 mars suivant, se changea brusquement en violent point de côté accompagné de frisson et de fièvre. Dès le lendemain, on constata un épanchement pleurétique d'abondance moyenne. Le 15 mars éclatèrent tout-à-coup les symptômes d'une péritonite subaiguë à laquelle le malade succomba le 17 au matin.

Autopsie. — *Abdomen.* — Lésions de la péritonite subaiguë avec éruption granuleuse plus marquée sur la séreuse viscérale.

Foie. — Périhépatite récente, groupes de tubercules disséminés au niveau de la surface convexe.

Parenchyme pâle, un peu graisseux.

La rate et les reins sont normaux.

Thorax. — La plèvre et le poumon droit sont absolument intacts; on n'y découvre pas trace de tubercules.

La plèvre gauche contient environ 600 grammes d'un liquide louche, puriforme; elle est légèrement épaissie (1 millimètre) d'un rouge foncé; hémorrhagique et recouverte à sa surface de petites masses fibrineuses réticulées et molles

au-dessous, la séreuse apparaît parsemée d'un certain nombre de grains blancs grisâtres, brillants, d'une excessive petitesse.

Dans le poumon existent deux petits vides de granulations miliaires grises, évidemment récentes, situées au-dessous de la plèvre. Le parenchyme est indemne dans le reste de son étendue.

Examen histologique. — Plèvre costale et diaphragmatique. — La plèvre proprement dite est œdématiée, sillonnée de cellules migratives. Dans sa partie moyenne, s'étendent de nombreux vaisseaux entourés de nappes hémorrhagiques; on y rencontre quelques rares follicules tuberculeux.

La membrane présente à peu près la même épaisseur que la plèvre. La structure est assez simple : un réseau vasculaire dont les principaux troncs souvent thrombosés se dirigent perpendiculairement à la surface, des éléments cellulaires remplissant les mailles de ce réseau sans substance fondamentale apparente, et enfin quelques follicules tuberculeux, telles sont les différentes parties constitutives du tissu nouveau. Mais, sur la plupart des préparations, les détails de cette structure sont marqués, soit par les hémorrhagies interstitielles, soit par la nécrose des éléments cellulaires. Les premières sont en effet très communes. Quant à ces derniers, ils sont la plupart convertis en petits blocs vitreux, réfringents, très sensibles au carmin, absolument réfractaires à l'hématoxyline; parfois, ils s'agglomèrent en masses irrégulières ou en traînées parallèles à la surface. Enfin, les follicules tuberculeux sont plus nombreux ici que dans la plèvre proprement dite; à la surface, s'étale un exsudat fibrineux plus ou moins épais, sous forme de strates ou de réseaux, dont les larges mailles contiennent des leucocytes hypertrophiés, pâles et granuleux.

Plèvre pulmonaire. — Elle n'est pas sensiblement différente des précédentes; les granulations tuberculeuses y sont plus clairsemées, mais les hémorrhagies acquièrent un degré excessif dans l'épaisseur de la néo-membrane.

Les preuves empruntées à la physiologie expérimentale ont donné des résultats divers: — 10 fois sur 19, les inoculations ont réussi à MM. Chauffard et Gombauld, et plusieurs fois aussi à MM. Kelsch et Vaillard; néanmoins, il se présente assez souvent des cas où ce genre d'expérimentation ne donne pas de résultats. Dans les cas où les inoculations ne réussissent pas, l'absence de tubercule n'est pas absolument prouvée; on peut en induire seulement que les bacilles sont peu nombreux, eu égard à la masse énorme des exsudats qui les contiennent, et que l'on n'a pas réussi à les introduire en quantité suffisante dans les organismes sur lesquels on expérimente.

En résumé, sur 16 autopsies citées dans le mémoire de MM. Kelsch et Vaillard, 16 fois l'étude histologique a révélé la nature tuberculeuse de l'affection pleurale; il s'agissait de pleurésies observées chez des sujets sains, vigoureux pour la plupart, et dont les poumons paraissaient cliniquement indemnes.

Ricochon, dans un travail publié dans les études expérimentales et cliniques de la tuberculose, vient corroborer par de nouvelles observations les assertions des deux Maîtres du Val-de-Grâce, il n'a jamais trouvé une pleurésie *à frigore* qui ne fût de nature tuberculeuse, et il cite trente-deux observations à l'appui de son assertion.

M. Kiener n'a jamais fait non plus d'autopsie de pleurésie dite *à frigore*, sans avoir rencontré les lésions tuberculeuses. Nous avons assisté récemment à une nécropsie de vieillard, faite par lui à l'hôpital Saint-Éloi. Cette observation est très

concluante; nous avons eu sous nos yeux la preuve non équivoque que la lésion observée était bien de nature tuberculeuse; les organes viscéraux, poumons, foie, rate, étaient criblés de tubercules.

La pleurésie avait été la seule lésion observée d'abord cliniquement; une immense poche pleine de liquide citrin s'était formée; les parois des plèvres étaient épaissies et la néo-membrane était remplie de tubercules.

Que serait-il advenu de cet épanchement si le malade avait vécu? Il paraît certain qu'il aurait pu se résorber et que l'adhésion des deux plèvres aurait pu se faire. Il aurait pu arriver plus vraisemblablement que la fonte purulente se serait produite et la pleurésie avec épanchement citrin serait devenue une pleurésie purulente.

Blachez se déclare opposé aux assertions que nous venons de formuler. Pour lui, M. Kelsch a eu tort de généraliser ses conclusions, la pleurésie éclate souvent à la suite d'un refroidissement chez un malade indemne de toute manifestation tuberculeuse, soit dans la jeunesse, soit dans l'âge mur. De plus, la pleurésie n'a pas toujours la même marche, ce n'est pas une maladie toujours semblable à elle-même, donc une seule cause ne peut pas lui avoir donné naissance.

Nous ne voyons pas bien comment le froid peut rendre quelqu'un pleurétique et par quel mécanisme se produiraient les lésions qu'on l'accuse de déterminer. Nous pensons plutôt qu'il ne joue ici, comme dans la plupart des maladies qu'on met sur son compte, que le rôle de cause déterminante.

Il trouve un terrain tout préparé luttant avec peine contre l'invasion tuberculeuse; par son action, il met ce *locus minoris resistentiæ* en état d'infériorité et les germes peuvent se développer.

Quant à savoir pourquoi la pleurésie n'a pas toujours une marche clinique identique, il n'est pas difficile de l'expliquer.

Nous n'avons qu'à nous rappeler les deux formes principales de phtisie, tuberculose fibreuse avec atrophie du parenchyme pulmonaire; tuberculose purulente avec une remarquable ténacité de la fièvre; une expectoration purulente abondante, de vastes infiltrations caséeuses, des foyers de ramollissement purulent, des cavernes en voie d'extension, autant de lésions révélées par l'autopsie.

La pleurésie simple ou séreuse et la pleurésie suppurée représentent ces deux variétés de phtisie pulmonaire. Nous ne connaissons pas les circonstances qui président à ces deux modes fondamentaux d'évolution, pas plus que nous ne connaissons celles qui déterminent les formes fibreuses ou caséeuses de la phtisie pulmonaire.

Enfin, nous dit-on, si certaines pleurésies guérissent, c'est que ces pleurésies ne sont pas tuberculeuses: s'il en était ainsi, elles évolueraient fatalement vers la mort.

Cette objection n'en est pas une: on voit tous les jours des tuberculoses locales guéries; pourquoi refuser à la tuberculose locale de la plèvre le même droit?

Nous croyons, au contraire, avec M. Kiener, que les affections pleurales sont de celles où l'intervention est le plus souvent couronnée de succès. A notre avis, M. Kelsch exprime une opinion trop pessimiste quand il dit que le traitement a peu de prise sur la pleurésie et que tôt ou tard le malade succombe.

Les progrès récents qu'a faits le traitement et les merveilleux résultats obtenus, sont une preuve de ce que nous avançons. Baudisson cite 150 guérisons de pleurésies avec épanchement. Les observations de M. Kiener sont tout aussi encourageantes: pour lui, la guérison doit être la règle et la terminaison fatale l'exception.

En Allemagne, les travaux se sont succédé et ont pris une réelle importance, surtout depuis la découverte du ba-

cille de Koch. Comme en France, les camps sont partagés, et les deux théories sont également discutées.

Giesler a observé sept cas d'abcès froids et a fait des recherches pour savoir quelle était leur nature.

Les examens microscopiques et les inoculations ne lui ont pas démontré la présence du bacille tuberculeux. Cependant les analyses histologiques lui prouvèrent qu'il se trouvait en présence de lésions tuberculeuses, malgré cela, il conclut en disant que ce sont des abcès de scrofule.

Baumgarten, Rosenbach, Hoffa, Garré, soutiennent d'un autre côté, que les collections froides sont toutes de nature tuberculeuse.

Les bacilles, il est vrai, ne se trouvent pas en grande quantité dans les exsudats et sur les membranes des abcès. Mais est-ce une preuve que ces abcès ne sont pas de nature tuberculeuse?

Les bacilles doivent-ils se rencontrer dans des produits nécrosiques dont ils sont vraisemblablement la cause? Nous ne le pensons pas; nous savons, en effet, que lorsqu'on fait des cultures, les colonies microbiennes se développent d'abord avec une grande intensité. Mais après un certain temps, variable selon les cas, la colonie cesse de prospérer et les microbes meurent. La raison de ce phénomène peut être facilement donnée. Ce n'est pas faute de nourriture, puisqu'ils se trouvent encore sur une belle couche de gélatine, mais on pense généralement qu'ils s'empoisonnent par leurs propres déchets.

C'est ce qui se passe pour le bacille tuberculeux, qui après avoir trouvé un terrain de culture convenable, s'est développé, puis a subi la fonte caséeuse et est mort sur place ne pouvant vivre dans les produits nécrosiques qu'il avait fournis.

Garré (*Zur. Aetiologie der Kalten Abcesse 1886)* a observé

30 cas d'abcès froids tuberculeux et 4 cas d'arthrite suppurée tuberculeuse. Dans le pus, il n'a trouvé qu'un seul élément animé, c'est le bacille tuberculeux. Dans un seul cas d'abcès tuberculeux des glandes lymphatiques, il a rencontré le *staphylococus pyogenes aureus.*

Le bacille tuberculeux ne put pas être cultivé par lui. Cela ne prouve pas que la chose soit impossible, mais bien qu'il est assez difficile de réussir ces cultures; du reste, les inoculations eurent un résultat positif. Garré explique le fait en disant que les bacilles sont dans le pus à l'état de spores, qu'on ne peut cultiver facilement sur des bouillons de culture, mais qui trouvent chez l'animal un terrain propice et s'y développent.

Par quel processus la pleurésie séreuse devient-elle purulente? Cette question est une de celles qu'on a le moins exprimées. Nous savons en effet que le tubercule par lui-même est incapable de produire la suppuration, il nécrose les tissus et tous ses processus sont des processus de nécrose.

Aussi Garré (1) se demande comment pourrait s'expliquer ce fait singulier que la suppuration due aux tubercules soit produite par des agents aussi différents des micro-organismes pyogènes que le sont les bacilles tuberculeux, et il pense qu'on peut très bien s'expliquer ce fait si l'on considère que le pus tuberculeux n'est pas du pus, mais de la matière caséeuse liquéfiée.

Tous les auteurs n'adoptent pas cette manière de voir. Quelques-uns pensent que les détritus résultant de la nécrose des tissus par le tubercule, sont un excellent terrain de culture pour les cocus pyogènes, et que la transformation purulente ne se fait que sous l'influence de ces micro-organismes. Voyez, disent-ils, la pleurésie avec épanchement séreux; cette pleurésie se transformera en pleurésie sup-

(1) *Loc. cit.*

purée, si, comme moyen de traitement, on pratique la thoracentèse avec des instruments malpropres, susceptibles de transporter dans ce milieu les organismes du pus.

Nous ne contestons pas que dans la majorité des cas où la thoracentèse est suivie de transformation purulente, les choses ne se passent de la sorte, mais aussi quelquefois on n'intervient en aucune façon, et le jour où l'on se décide à faire l'empyème, on voit sortir le pus de la cavité pleurale. Dans ce cas, quelle a été la porte d'entrée du *staphylococus pyogenes aureus*? Nous ne pouvons le dire avec preuves à l'appui.

Du reste, les 34 cas observés scrupuleusement par Garré viennent contredire cette manière de voir. Dans un seul cas d'abcès tuberculeux des glandes lymphatiques, il a rencontré le *staphylococus pyogenes aureus*. On aurait pu penser, dit-il, que si l'agent pyogène existait dans ces abcès, il aurait pu mourir faute de nourriture comme dans les cultures anciennes. Cette objection tombe devant ce fait que le pus des abcès froids est un terrain excellent pour cultiver le cocus pyogène. En conséquence, Garré soutient avec Rosenbach et Hoffa que le pus qui, soumis à des cultures appropriées, donne lieu au développement des agents pyogéniques, doit être considéré comme tuberculeux, à moins que ce soit du pus de morve ou d'actinomikose.

Nous pensons avec lui que le pus de la pleurésie suppurée n'est pas du pus mais de la matière caséeuse liquéfiée. Que ce pus vienne à prendre une mauvaise odeur, alors les agents pyogènes s'y seront développés et nous nous trouverons en présence d'un pus septique.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les idées émises jusqu'à ces dernières années sur la nature de la pleurésie. Que cette affirmation, que la pleurésie *a frigore* de nature inflammatoire n'existe pas, ait soulevé des controverses, nous

n'en sommes nullement étonné. Il paraissait, en effet, nettement établi que la plupart des affections de la plèvre étaient des affections primitives, sthéniques franches. Le nombre relativement considérable de guérisons obtenues militait en faveur de cette opinion. Aussi s'est-on empressé de reprocher aux partisans de la doctrine que nous soutenons de charger encore le pronostic déjà assez sombre de la pleurésie. Nous avons déjà dit que cette objection n'avait pas d'importance. Il est préférable pour le médecin et pour le malade d'être parfaitement éclairés. Ni l'un, ni l'autre, ne restent dans une trompeuse sécurité, et aident, autant qu'il est en leur pouvoir, les efforts réparateurs de la nature.

Nous ne savons pas encore à quoi tient cette divergence d'opinion, mais nous pensons, avec Ricochon, que les conditions d'observation n'étant pas les mêmes pour tous, et n'étant pas également bonnes dans tous les milieux, quelques-unes des divergences qui se produisent pourraient bien en résulter. On a reproché à M. Kelsch et à ses confrères du service de santé d'observer dans des salles militaires, où des malades, primitivement atteints d'une pleurésie de nature inflammatoire, sont devenus tuberculeux, parce que les nombreux bacilles, dont les hôpitaux sont infectés, ont envahi leur plèvre mise en état de réceptivité, et s'y sont développés.

Dans les villes également, l'observation n'est pas rigoureuse, et ne peut être longtemps poursuivie; mais dans les campagnes, ce n'est pas ce qui arrive: on se trouve dans des conditions particulièrement bonnes. Le médecin connaît les familles depuis longtemps; il sait tous les antécédents héréditaires et personnels de ses malades, et, de plus, il peut les observer pendant de longues années.

Les 32 cas rapportés par Ricochon ont été observés dans ces conditions, et jamais les lésions tuberculeuses n'ont fait défaut.

Mais, nous dira-t-on, quelles sont les conditions étiologiques de pareilles lésions; est-il nécessaire que le sujet soit de souche tuberculeuse? Dans la plupart des cas, il en est ainsi, et l'on trouve des tuberculeux dans la famille, soit en ligne directe, soit en ligne collatérale.

D'autres fois, les mauvaises conditions hygiéniques, la vie des casernes, le surmenage, le changement de milieu, d'habitudes, de nourriture sont autant de causes qui préparent admirablement le terrain pour l'éclosion de la tuberculose; c'est ce qui explique pourquoi cette maladie est si fréquente dans l'armée, et pourquoi elle fait tant de victimes.

Nous savons, de plus, que certains tissus sont envahis de préférence par le bacille; le tissu des séreuses est de ce nombre. Le reste de l'organisme peut être dans un état absolu d'intégrité; il suffit que celui qui doit être atteint ait perdu sa résistance normale pour qu'il soit envahi: meilleur sera l'état général, et meilleure sera la résistance. Aidez puissamment la nature, et elle résistera; le germe envahissant contre lequel la plèvre seule ne peut lutter, alors qu'elle triomphe des autres, sera vaincu à son tour, si vous mettez cette séreuse dans de bonnes conditions.

A côté des causes que nous venons d'invoquer s'en trouvent d'autres moins bien définies, et qui, cependant, doivent être considérées comme un facteur important dans la production des maladies; c'est ce que Ricochon appelle: la solidarité morbide des tissus. Tous les tissus sont dérivés, par voie de différenciation, d'un même tissu embryonnaire; si donc ce tissu, du fait de son hérédité, s'est dévié du type normal, tous ceux qui en sont sortis ont reçu une direction vicieuse analogue, et chacun d'eux se trouve, dès lors, plus ou moins exposé à dévier selon ses types morbides habituels, ou à se laisser envahir par l'agent microbien, qui vit ordinairement à ses dépens.

La déviation organique, qui prédispose au cancer, est encore très près du type normal ; il faut au terrain un degré de déchéance en plus pour la tuberculose.

Il est évident que cette déchéance sera vite arrivée, si le malade se trouve dans les conditions d'existence que nous avons énumérées plus haut ; un cancéreux pourra devenir tuberculeux. Nous pourrions en dire autant de la plupart des autres affections diathésiques, et les invoquer comme cause étiologique de la tuberculose.

Chez ces sujets, la tuberculose pleurale serait une première ébauche de tuberculisation, à laquelle ils pourraient résister victorieusement, et pourrait être assimilée à tant d'autres tuberculoses locales.

Que ceux, maintenant, qui nient ce que nous affirmons, nous montrent les preuves anatomiques de notre erreur, et nous ne demanderons qu'à nous soumettre ; malheureusement pour eux et pour leur doctrine, nous n'avons pu trouver nulle part de nécropsie complète qui fût en leur faveur. Au contraire, partout, dès que l'on a observé attentivement, on a trouvé des lésions tuberculeuses.

Nous allons voir maintenant quels sont les moyens de remédier à ces lésions ; de l'étude comparative de leurs résultats résultera le choix de la méthode à employer. Nous verrons que, le plus souvent, la guérison vient couronner les tentatives des médecins, et que le pronostic, si sombre autrefois de la pleurésie suppurée, devient chaque jour plus heureux et plus encourageant.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT.

Avant de songer à l'application d'une des méthodes que nous allons préconiser, il sera de toute nécessité de s'assurer que le diagnostic posé est bien le vrai et de savoir quelle sorte d'épanchement l'on aura à combattre. La thoracentèse nous fournira bien des renseignements indiscutables, mais, outre qu'elle est douloureuse et qu'il n'est pas toujours facile d'y avoir recours, nous avons en notre possession un moyen commode et tout aussi sûr indiqué par Dujardin-Beaumetz. Le médecin n'aura qu'à prendre la seringue Pravaz, munie d'une longue aiguille, et sous le prétexte de piqûre morphinique ou sous une autre, à l'enfoncer perpendiculairement dans un espace intercostal du côté où il suppose l'épanchement. En retirant le piston de la seringue, on fait assez d'aspiration pour prendre une suffisante quantité de liquide à examiner.

L'épanchement reconnu et le diagnostic posé d'une façon certaine, quel sera le mode de traitement auquel on devra s'arrêter ?

Nous pensons qu'il est inutile de s'attarder à l'emploi des moyens médicaux. Les observations de guérisons spontanées sont tellement rares, les chances de guérison par vomique sont tellement aléatoires, que la purulence une fois constatée, il faut agir sans retard et donner issue au liquide par des moyens chirurgicaux.

Ces moyens sont au nombre de quatre :

1° Thoracentèse ;

2° Pleurotomie antiseptique à lavages répétés ;

3° Pleurotomie antiseptique à lavages rares, avec des liquides neutres et à pansements rares;

4° Pleurotomie antiseptique à lavages rares, avec des liquides neutres, suivie d'injections d'éther iodoformé.

D'une façon générale, on peut dire qu'il n'est pas une de ces méthodes qui n'ait à son actif de réels succès. Aucune, pourtant n'a encore pris rang dans dans la science à l'exclusion des autres.

Quant à la dernière, que nous nous permettons d'exposer, elle n'a été encore expérimentée qu'une seule fois, mais dans des conditions telles et avec un succès si complet, qu'elle semble devoir s'imposer dans un grand nombre de cas difficiles.

Nous constatons, d'ailleurs, qu'aucun de ces modes de traitement ne doit être systématiquement employé dans tous les cas. Nous exposerons leurs avantages et leurs inconvénients, nous dirons les objections dont chacun d'eux nous semble passible et, enfin, quel est celui sur lequel s'arrêtent les préférences du plus grand nombre. Il est superflu d'ajouter qu'aucune de ces méthodes ne donnera les succès qu'elle devrait légitimement donner, si on ne les applique en temps opportun, avant de laisser les lésions devenir trop étendues et si on ne prend dans leur emploi les plus minutieuses précautions antiseptiques.

DE LA THORACENTÈSE.

La thoracentèse, telle qu'elle se pratique aujourd'hui avec les instruments perfectionnés et le manuel opératoire rigoureusement tracé par MM. Potain et Dieulafoy, semble être devenue une opération d'une excessive facilité.

Il n'y a pas un de mes élèves, dit Dieulafoy, qui ne l'ait pratiquée plusieurs fois dans le courant de son stage hospitalier. Nous reproduisons ici le manuel opératoire exposé par l'auteur lui-même: «Le malade doit être assis sur son lit, les deux bras tendus en avant. Je marque sur sa peau le point où doit porter la piqûre et je pratique la ponction dans le huitième espace intercostal sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate. Ce lieu d'élection est placé plus bas et plus en arrière que celui de l'ancien procédé. J'y trouve l'avantage d'attaquer le liquide dans une position plus déclive.

L'opérateur recherche, avec l'index de la main gauche, l'espace intercostal, de manière à limiter la côte de dessus, avec le rebord supérieur de l'index et la côte de dessous avec son rebord inférieur. Se servant alors de l'extrémité de l'index, comme d'un conducteur, il pénètre à coup sûr dans l'espace intercostal et dans la plèvre. L'aiguille introduite dans les tissus, est poussée à deux ou trois centimètres de profondeur, le robinet, correspondant à l'aspirateur, est ouvert et le liquide, traversant l'index, en cristal, jaillit dans l'appareil. Si le liquide n'apparaît pas, c'est que l'aiguille n'a pas été suffisamment enfoncée. On la pousse sans crainte, le vide préalable indiquant le point précis où elle rencontre le liquide.

La méthode aspiratrice dont l'innocuité et la facilité d'exécution frappaient les médecins, fut acceptée au début avec beaucoup d'engouement.

Les thoracentèses se multiplièrent, toutes les pleurésies furent indistinctement ponctionnées. Ernest Besnier calma un peu cet enthousiasme; il prouva par des statistiques solidement établies, que la mortalité de la pleurésie au lieu de s'abaisser, comme on devait s'y attendre avec les méthodes perfectionnées mises entre les mains des praticiens, s'était,

au contraire, élevée depuis la pratique des méthodes aspiratrices, dans de notables proportions. Fallait-il admettre une plus grande morbilité de la maladie ou bien la méthode elle-même devait-elle être incriminée?

Nous croyons que ces deux facteurs doivent être pour peu de choses dans les insuccès du traitement.

Ce qu'il faut accuser surtout, c'est le peu de précautions antiseptiques prises par ceux qui, les premiers, pratiquèrent la thoracentèse.

Depuis, des règles précises ont été posées pour se prémunir contre l'invasion des micro-organismes. Toute les parties des instruments Potain et Dieulafoy doivent être plongées dans une solution antiseptique, flambées avec soin, graissées avec de la vaseline phéniquée ou iodoformée avant d'être introduites dans la poitrine.

Ainsi pratiquée, la thoracentèse peut-elle amener la guérison? Avec Dieulafoy lui-même, nous pensons que, dans bien des cas, il ne faut pas perdre un temps précieux à pratiquer des ponctions; ainsi, si une franche amélioration ne survient pas en quelques jours, il faut recourir bien vite aux moyens chirurgicaux les plus énergiques. Cependant, d'après Bouchut, la ponction aspiratrice pratiquée seule sans le secours d'injections irritantes amène souvent la guérison de la pleurésie purulente chez les enfants. Marotte, Legroux, N. Gueneau de Mussy, Hérard, Moutard-Martin, Dieulafoy, citent aussi plusieurs observations où le même résultat a été obtenu chez des adultes. Dans les cas où on voudrait user de cette méthode, Dieulafoy recommande de se servir de l'aiguille N° 3 ou 4 préalablement flambée et nettoyée, d'avoir recours à plusieurs ponctions et d'éviter de vider complètement la poche de l'abcès, afin de ne pas s'exposer aux accidents qui résultent du brusque déplissement du poumon.

DE LA PLEUROTOMIE ANTISEPTIQUE.

Cette opération est de date récente, la première application de la méthode antiseptique à la pleurotomie a été faite en 1876 par Marklam Keritt. Cette pratique fut adoptée en Allemagne par König, Wagner, Gosckel et Starke, en France par Debove, Dumontpallier, Lucas-Championnière, Moutard-Martin, qui ont prouvé ses résultats heureux par de nombreuses observations.

Si l'on s'en rapporte aux statistiques fournies par Hache, par Guinard, par Le Couedic et par M^lle^ Kraft, la pleurésie purulente se terminerait par guérison définitive dans un espace de temps variant entre 18 et 33 jours.

Pour procéder à cette opération, les uns ponctionnent la poitrine et laissent les tubes à demeure. Potain a eu l'ingénieuse idée d'ajouter un siphon à ces tubes. Chassaignac fait le drainage de ces abcès comme celui des abcès des autres régions. Sédillot, afin d'obtenir une ouverture permanente, perfore une côte; en Allemagne, König, dans le même but, a fait la résection sous périostée d'une côte.

Voici comment procède notre Maître M. Kiener. Nous empruntons les règles de son manuel opératoire au mémoire que M. Guy, interne des hôpitaux, a publié à ce sujet:

Après le lavage de la peau du thorax, de l'aisselle et de l'épaule du côté correspondant, on lotionne à plusieurs reprises la partie sur laquelle doit porter l'opération avec une solution tiède de bichlorure au millième.

Les instruments plongent pendant 24 heures dans une solution de bichlorure au millième.

Les drains, le protective, les fils à ligature sont placés

plusieurs jours avant l'opération dans une solution de bichlorure au millième.

Ces précautions prises, voici comment on procède:

On fait, dans le septième espace intercostal, une incision de 5 ou 6 centimètres, partant de l'angle de l'omoplate et se prolongeant en bas et en dehors.

Il est bon, pour éviter au patient la douleur résultant de cette intervention, de faire une injection de cocaïne à chaque extrémité de la ligne d'incision.

Les plans successifs sont incisés l'un après l'autre en serrant de près, autant que possible, le bord supérieur de la côte inférieure, afin d'éviter la blessure de l'artère intercostale. Enfin, la plèvre est ouverte et le pus peut s'échapper.

M. le professeur Kiener ne s'inquiète pas de la rentrée de l'air dans la plèvre, et M. Guy, dans son Mémoire, prétend qu'il ne peut avoir qu'une influence heureuse, il se range à l'explication donnée par Oulmont, qui attribue cette innocuité à ce que le pus étant remplacé par de l'air, le poumon qui était d'abord fortement comprimé, n'échappe pas brusquement à l'influence de cette compression; la pression intérieure est équilibrée et ainsi les syncopes et la mort subite ne se produisent pas comme dans la méthode aspiratrice.

Après avoir fait la pleurotomie, comme nous venons de l'indiquer, on fait un lavage avec la solution tiède, saturée d'acide borique, on nettoie soigneusement les bords de la plaie avec la solution au bichlorure, puis on introduit deux drains bien retenus à l'extérieur et on fait un pansement de Lister.

Il est évident qu'ainsi pratiquée, la pleurotomie antiseptique mettra à l'abri des complications pyogéniques. Que va-t-il advenir dans la suite du traitement?

La pleurotomie faite, trois méthodes de traitement resteront en présence.

Dans la première qui est la plus ancienne, on se propose deux choses: 1° débarrasser la plèvre des corps étrangers qui, y séjournant, sont une cause d'irritation; 2° modifier par des lavages antiseptiques répétés la surface de la plèvre et favoriser ainsi la cicatrisation adhésive. On se servait, pour hâter cette cicatrisation, d'injections irritantes diverses: (chlorure de zinc, teinture d'iode, etc.).

Les résultats fournis par la méthode des lavages antiseptiques répétés, sont bien meilleurs assurément que ceux qu'on obtenait par les traitements antérieurs; pour s'en convaincre, on n'a qu'à se reporter à l'excellente thèse de M. le docteur Poujol, qui fournit de précieuses statistiques à ce sujet.

Cependant, ce mode de traitement est loin d'être à l'abri de tout reproche, outre que le résultat n'en est pas toujours satisfaisant, on relève dans les statistiques des auteurs un certain nombre de morts imputables à cette méthode qui use trop libéralement de lavages répétés avec des matières toxiques. Un autre désavantage non moins considérable, qui suffirait à la faire abandonner, résulte de la persistance de la fistule après la guérison de la pleurésie. On conçoit, en effet, que ces drains, laissés pendant de longs mois dans la cavité pleurale, jouent le rôle de corps irritants et éternisent la suppuration.

Nous verrons plus loin que, dans la pleurotomie antiseptique à pansements rares, ce désavantage n'existe pas.

De plus, cette première méthode possède le grave inconvénient de rendre la guérison excessivement longue, l'adossement des feuillets de la plèvre tend à se faire après chaque lavage, mais survient un lavage nouveau qui les distend et les empêche de s'unir.

Les liquides employés sont en général d'une grande toxicité et plus ou moins caustiques, aussi ne s'étonnera-t-on pas

s'ils ont des effets désastreux sur les surfaces de la plèvre qu'on trouve blanches et ramollies à l'autopsie.

Il nous resterait à parler de l'ennui que ces lavages répétés pendant longtemps causent aux malades, des nombreuses portes qu'on ouvre tous les jours aux micro-organismes si l'on ne prend pas les précautions les plus minutieuses en faisant les pansements, mais nous pensons que l'infériorité de ce mode de traitement ne fait plus de doute et nous arrivons à la méthode préconisée aujourd'hui, celle dans laquelle, après quelques lavages avec des liguides neutres (solution saturée d'acide borique) et des pansements iodoformés rares, ont attend tout des forces naturelles.

DE LA PLEUROTOMIE ANTISEPTIQUE A PANSEMENTS RARES.

Après avoir fait l'opération de la pleurotomie, comme il vient d'être indiqué, les partisans de cette méthode, repoussent d'une manière absolue les lavages répétés à cause des nombreux et graves inconvénients qu'ils présentent. Tandis que en pratiquant le premier mode de traitement, on se propose d'augmenter la vitalité de la plèvre, dans le second on se contente de laisser agir la nature. Pour M. le professeur Kiener, la pleurésie a des tendances naturelles vers la guérison, il s'agit de ne pas contrarier ces tendances par un traitement mal compris mais de les aider dans la mesure de nos forces. De ce principe dérive toute la conduite qu'on aura à tenir ultérieurement: mettre le malade dans les conditions les plus favorables pour la résistance et cela par deux ordres de moyens: 1° en supprimant par l'antisepsie les germes pyogènes qui rendraient inutiles toutes les forces naturelles.

2° En améliorant l'état général du malade par une alimentation réparatrice et le mettant par cela même en état de résister mieux aux influences nocives de la maladie.

Pour user du premier de ces moyens, on n'aura qu'à continuer durant tout le cours de la maladie, les mesures antiseptiques si bien prises pendant l'opération. Le premier pansement sera levé le lendemain; on procédera à un second lavage, on renouvellera tout, drains et pansement et l'on attendra deux jours avant de les remplacer. Les pansements suivants seront espacés de plus en plus, et leur changement ne s'imposera d'une façon absolue que si la fièvre vient à augmenter ou si l'on perçoit une mauvaise odeur. Un nouveau pansement fait disparaître tous ces inconvénients.

Quels sont les avantages d'une pareille méthode? Ils sont nombreux et supérieurs à la plupart de ceux qu'on avait obtenus au moyen des méthodes précédemment employées. Et d'abord, si l'on fait un relevé des statistiques encore peu nombreuses, il est vrai, fournies par la méthode, depuis que Mourtard-Martin l'a préconisée, on trouve une grande diminution de la mortalité et un nombre considérable de guérisons complètes; ainsi, sur un relevé de 86 cas, nous trouvons 64 guérisons, ce qui donne une moyenne de 85 p. 100, voilà pourquoi, M^lle^ Kraft prétend dans sa thèse que la pleurotomie antiseptique précoce pratiquée en temps opportun est une opération si peu grave qu'on peut guérir l'empyème presque toujours. Notre maître, M. Kiener, qui traite les pleurésies purulentes de son service par ce procédé, en a obtenu de si bons résultats, qu'il n'hésite pas à le mettre au-dessus de tous les autres. Trois observations apportées dans le mémoire de Guy, démontrent jusqu'à l'évidence que, dans des cas très graves, la guérison a été obtenue plus rapidement et plus sûrement en usant de ce moyen.

De plus, la méthode est simple. d'en emploi facile et d'une

innocuité absolue, cette guérison est rapide et complète. Aussi elle s'impose de plus en plus à l'attention des médecins, et Mouton (Thèse de Paris 1882) dit qu'elle deviendra le traitement le plus rationnel et le plus habituel de l'empyème.

Suffira-t-elle dans tous les cas? Nous ne le pensons pas ou au moins nous n'en avons pas jusqu'ici des preuves évidentes. Que le pus soit fétide et les lésions un peu avancées, et il sera difficile qu'un seul lavage et des pansements aussi rares puissent avoir une action suffisante. Aussi les partisans de la méthode insistent-ils particulièrement sur les minuties de l'antisepsie la plus rigoureuse et sur une intervention aussi hâtive que possible. Si l'on n'agissait pas en temps opportun, la guérison pourrait être rendue impossible. On sait en effet que l'adossement des deux plèvres ne pourra être obtenu que si le poumon vient s'appliquer sur la paroi costale maintenue immobile, ou si la paroi costale souple et élastique vient au devant du poumon plus ou moins fixé contre la colonne vertébrale. C'est ce qui explique ce procédé fort ingénieux mais de moins en moins pratiqué aujourd'hui, conseillé par Estlander, qui réséquait les côtes afin de les forcer à rejoindre le poumon. Les résultats ne sont pas venus confirmer la valeur de cette tentative si hardie et si rationnelle au premier abord; aussi, comme nous venons de le dire, la méthode est aujourd'hui délaissée par le plus grand nombre des praticiens.

Combien de temps peut durer l'élasticité soit du poumon soit des côtes? Nous ne le savons pas et nous croyons que cela dépend d'une série de circonstances générales ou particulières à l'individu, circonstances qu'il n'est pas facile de connaître et d'analyser; ainsi tel sujet, au bout de six mois, conserve ses côtes élastiques, alors que tel autre au bout d'un temps relativement court serait justiciable de l'opération d'Estlander. Nous n'émettrons donc pas d'opinion fixe à ce

sujet, mais ce qui nous paraît en tous cas de la dernière évidence, c'est qu'il faut agir hâtivement si l'on veut avoir raison de la pleurésie suppurée.

Pour Dujardin-Beaumetz, les résultats varient suivant l'âge du sujet. Ainsi, chez les enfants, la guérison est en général complète ; cela résulte de la souplesse de la paroi costale à cet âge.

A vingt ans, cette souplesse existe encore assez pour voir de nombreux cas de guérison. Mais à partir de cet âge, plus le sujet devient vieux, plus la guérison définitive devient rare et l'on voit alors survenir ces fistules pleurales interminables qui sont le point de départ d'écoulements purulents intermittents.

Pour cet auteur, dès que le pus devient odorant, la pleurotomie antiseptique à lavages rares et à pansements rares devient une méthode insuffisante et il conseille de revenir aux lavages répétés. Ce n'est pas notre avis et en pareil cas il nous restera la ressource d'une dernière méthode qui pourra déterminer assez rapidement et assez sûrement l'inflammation adhésive des deux plèvres. Elle a été inspirée à M. le Dr Lubac par les succès qu'elle donnait entre les mains de Verneuil et de ses élèves dans le traitement des abcès froids.

Pour nous qui considérons les pleurésies suppurées comme de véritables tuberculoses locales de la plèvre, analogues aux abcès froids des autres régions, les injections d'éther iodoformé ne peuvent que nous paraître rationnelles. L'observation que nous publions a justifié la tentative hardie de notre ami ; le fait, quoique isolé, se recommande donc à l'attention et il nous a semblé que l'on pourrait en tirer des bénéfices sérieux, alors surtout que toutes les autres méthodes auraient échoué et que la bonne nature médicatrice aurait besoin d'énergiques adjuvants.

M. le Docteur Lubac fait la pleurotomie comme nous

l'avons indiqué; il prend lui aussi autant que possible les précautions antiseptiques. Les lavages à l'acide phénique, abandonnés aujourd'hui comme trop dangereux et exposant à des accidents de toxicité, lui ont donné d'assez mauvais résultats pour qu'il les ait abandonnés lui aussi et remplacés successivement par des solutions boriques et alcooliques. Mais au point de vue des résultats, il n'a eu guère plus de succès avec les uns qu'avec les autres, voilà pourquoi il a pensé aux injections d'éther iodoformé. Nous comprenons sans peine qu'il ait eu quelques hésitations avant d'employer un mode de traitement dangereux au premier abord.

La brusque vaporisation de l'éther, la production d'un pneumo-thorax, la syncope et la mort subite pouvaient être redoutés. Il n'en a été rien, et ne voyons-nous pas aujourd'hui M. Potain traiter le pneumo-thorax par les injections d'air stérilisé? Pourquoi dès lors craindre l'emploi des vapeurs d'éther iodoformé ? Nous croyons, au contraire, qu'elles ne peuvent donner que d'heureux résultats. L'observation suivante va nous en fournir une preuve.

Observation inédite

Due à l'obligeance de M. le Docteur Lubac.

C..., maître d'hôtel à Roquefort, âgé de 35 ans, constitution et complexion délicates. Pas d'antécédents héréditaires.

Le 11 octobre 1886, le Docteur Lubac fut appelé auprès de C..., malade depuis quelques jours. A la suite d'un refroidissement brusque, il avait senti de la douleur dans le côté gauche de la poitrine. En même temps survenait de la toux, et un léger mouvement fébrile apparaissait.

L'auscultation révéla l'existence d'un épanchement dans les trois quarts du côté gauche de la poitrine.

Quatre vésicatoires de 0,12 cent. de côté, furent successivement appliqués en 12 jours, mais sans succès. L'épanchement prit des proportions telles, que le 24 octobre le cœur se trouvait dévié à gauche et battait sous le sternum.

Le lendemain, la thoracentèse au moyen de l'appareil Potain, donna issue à deux litres et demi d'un liquide citrin. Le trocart de l'appareil avait été préalablement flambé avec la lampe à alcool.

Le soulagement fut immédiat; la température de 40° descendit à 38°, le pouls de 150 tomba à 90.

Cette amélioration persista quelques jours seulement.

Les urines qui avaient été normales jusque-là, devinrent de plus en plus rares et finirent par être réduites à un demi-verre dans les 24 heures.

L'analyse faite en ce moment démontra qu'elles étaient fortement chargées en albumine. On ordonne le lait en abondance à prendre dans des boissons émollientes.

La muqueuse de la bouche et de la langue s'exfolie et devient sèche et rouge.

La fièvre reparut. Régime lacté absolu.

La néphrite rendant les vésicatoires impossibles, on a recours à la teinture d'iode. Cela n'empêche pas l'épanchement de se reproduire

Vers le 15 novembre, 20 jours après la thoracentèse, la matité remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Temp. 40°, légers frissons le soir.

Pouls 120. Peau sèche. Urines rares: 150 grammes environ dans les 24 heures.

Nouvelle thoracentèse; elle donne issue à un litre de pus crémé, blanc, horriblement fétide.

Le lendemain, la pleurotomie est pratiquée au niveau du

septième espace intercostal et la cavité pleurale complètement vidée, il sortit environ demi-litre de pus très épais, mélangé aux fausses membranes qui avaient la veille obstrué l'ouverture de la canule du trocart.

Un drain fort, recourbé en anse fut introduit dans la cavité pleurale et un lavage à l'eau phéniquée tiède pratiqué pendant 10 minutes. Trois litres d'une solution à 1 pour 100 furent employés. Pansement de Lister. Bandage de corps.

Les suites de cette opération furent des plus simples; la fièvre diminua rapidement, toute oppression disparut. La peau redevint moite, la néphrite disparut lentement, et ce n'est qu'au bout de trois semaines que les urines redevinrent normales et cessèrent de contenir de l'albumine. L'alimentation du malade se composa de lait et d'une cuillerée de jus de viande.

Deux injections d'eau boriquée au centième, pratiquées matin et soir, amenèrent la disparition de la fétidité de l'écoulement, mais la sécrétion purulente continuait, on retirait environ un quart de verre de pus matin et soir par le lavage de la plèvre. L'état des reins avait motivé le remplacement de l'acide phénique par l'acide borique.

Vers le 20 janvier, c'est-à-dire un mois après l'opération de l'empyème, tout symptôme de néphrite ayant disparu, on a recours encore une fois aux lavages phéniqués; en même temps une des branches du drain est supprimée afin de diminuer le volume du corps irritant, introduit dans la plèvre.

Les injections se firent par un entonnoir relié par un tube en caoutchouc au drain unique. Le liquide sortait parfaitement par le même tube, lorsqu'on abaissait l'entonnoir absolument comme dans le lavage de l'estomac au moyen du tube de Faucher.

Pendant tout le mois de février, des injections bi-quotidiennes furent pratiquées avec des solutions plus ou moins concentrées d'acide phénique. Le résultat fut nul, la quantité

du pus resta la même, la langue et les lèvres étaient sèches et rouges, des symptômes de néphrite revenaient de temps en temps, seul l'état général était sensiblement amélioré.

L'acide phénique, encore une fois abondonné, fut remplacé par l'alcool qui ne donna que des résultats défavorables, la fétidité du pus reparut.

A cette époque, c'est-à-dire dans les premiers jours de mars, 70 jours après l'empyème, le côté gauche du malade présentait les particularités suivantes :

La respiration s'entendait dans tout le sommet du poumon jusqu'au niveau du mamelon gauche en avant, jusqu'au milieu de l'omoplate en arrière et jusqu'à l'insertion de la huitième côte le long de la colonne vertébrale.

Pas d'oppression, le malade peut se mouvoir dans son lit; restait cet intarissable écoulement purulent dont il fallait se débarrasser.

Tous les moyens employés en pareils cas ayant échoué, on eut l'idée de recourir, pour modifier la cavité pleurale, aux injections d'éther iodoformé qui avaient donné de si bons résultats à Verneuil et à ses élèves dans le traitement des abcès froids. On hésite un peu, cependant, avant d'introduire dans la cavité pleurale un liquide susceptible de prendre par son évaporation rapide un volume énorme et capable d'emmener des phénomènes de compression cardiaque et pulmonaire brusque, néanmoins la conviction que ce moyen pouvait seul amener la cicatrisation adhésive, décida à intervenir.

La première injection eut lieu dans les premiers jours de mars. On procéda un peu timidement, à cause des craintes énoncées plus haut, 15 gr. environ furent introduits dans la poche. Le malade éprouva rapidement une angoisse très vive qui se modéra lorsqu'on eut soin de laisser échapper

quelques vapeurs éthérées par l'orifice d'introduction, qu'on fermait soigneusement avec un tampon de coton.

Au bout d'un quart d'heure, tout malaise avait disparu et le malade n'éprouva d'autre effet désagréable de cette injection, que le goût d'éther iodoformé qu'il garda pendant quelques heures.

Cette première injection produisit d'excellents effets; la quantité de pus diminua sensiblement.

A partir de ce moment, on fit deux fois par semaine des injections avec pareille quantité d'éther iodoformé. Le pus se réduisit à une cuillerée environ par jour, que le malade faisait sortir à chaque pansement, avec quelques efforts de toux.

L'étendue de la matité se réduisit en quelques jours de moitié, les forces revinrent et, à la fin du mois, le malade reprit ses occupations de maître d'hôtel.

Uue fistule dans laquelle on a, par précaution, maintenu un drain très mince a persisté pendant quelques semaines; à la fin du mois d'avril, elle est complètement fermée, et C... est radicalement guéri. Six mois après, le malade qui a repris son embonpoint et son travail ne présente plus que de la matité dans la région occupée par l'épanchement, la respiration s'entend très bien jusqu'en bas de la poitrine, le long de la colonne vertébrale; on l'entend également en avant.

Seule, la région qui s'étend de la pointe de l'omoplate aux fausses côtes, offre un peu de matité et la respiration ne s'y entend pas. Point de toux, du reste, la respiration est très ample, le malade en donne la preuve en allant chanter au lutrin tous les dimanches.

RÉFLEXIONS.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Sans parler de la formation rapide du pus après la thoracentèse et de cette néphrite intense qui rend impossible l'emploi des lavages phéniqués, nous remarquerons combien peu d'action avaient eu ici les agents antiseptiques (alcool, acide borique, etc.) Les lavages étaient-ils trop nombreux et leur action mécanique répétée suffisait-elle à empêcher l'adossement des deux plèvres? On pourrait le soutenir à la rigueur, mais, ce qu'on ne saurait mettre sur leur compte, ce qu'ils auraient dû empêcher d'une façon certaine, c'est la fétidité du pus. Il n'en a été rien, ou cette disparition n'a été que temporaire et malgré un pansement de Lister appliqué avec tout le soin désirable, cette fétidité persistait. Il nous semble rationnel d'admettre que la maladie livrée aux seules forces naturelles avec le seul adjuvant des pansements rares, tels que les pratiquent les partisans de la pleurotomie antiseptique que nous venons de décrire, n'aurait pas évolué vers la guérison. Or, il est un fait digne de remarque, c'est la rapidité d'action des injections d'éther iodoformé. Dès le premier essai, tout se transforme, l'état local, l'état général ensuite s'améliorent progressivement, la fétidité du pus disparaît, la fièvre tombe et la guérison est obtenue dans l'espace de quatre semaines.

En présence de ce fait, la question qu'on se pose immédiatement est celle de savoir comment agit l'éther iodoformé, en vertu de quelle action curative il transforme des lésions qui résistent à d'autres moyens thérapeutiques.

Le principe qui a guidé Verneuil dans le traitement des abcès froids est le même que celui qui a guidé M. le Docteur

Lubac dans le traitement de la pleurésie suppurée: c'est la croyance en l'action profondément antiseptique de l'iodoforme. Ce médicament est non seulement contraire au développement et à l'action des bacilles tuberculeux, mais encore à celle des agents pyogènes qui, trouvant dans la plèvre tuberculeuse et dans ses exsudats un terrain de culture tout préparé, s'y développent dès que la moindre porte leur est ouverte.

Il est facile de voir que dans l'observation que nous citons leur action était manifeste, puisque à plusieurs reprises le pus prit une repoussante fétidité. Or, cette fétidité qui résistait à l'acide phénique, disparut avec une étonnante rapidité dès que l'on eut l'idée de se servir des injections d'éther iodoformé.

Aucun médecin n'ignore l'action antibacillaire et antiseptique de l'iodoforme. En chirurgie, l'on obtient des réunions par première intention et des plaies sans pus grâce à des pansements iodoformés faits selon toutes les règles antiseptiques et enlevés à des distances assez éloignées. Dans le cas présent, cette substance est mise en contact avec les parois tuberculeuses de la plèvre de manière à atteindre les bacilles tuberculeux et les autres micro-organismes, dans tous leurs repaires et d'une façon prolongée.

Ici nous n'avons plus cet immense inconvénient des lavages répétés qui écartent mécaniquement les deux plèvres à l'instant où leur adossement commence; les injections se font à des intervalles assez éloignés pour que la nature ait le temps de faire tous ses efforts, c'est alors seulement que son action semble faiblir qu'on revient de nouveau à son secours par une nouvelle injection antiseptique.

Nous avons la conviction profonde que le meilleur moyen d'étaler l'iodoforme partout où son action a besoin de se faire sentir, dans ces culs-de-sac si difficiles à atteindre et

qui sont un repaire naturel pour l'agent septique, c'est encore de confier cette substance à un corps volatil comme l'éther, dont les vapeurs se répandront partout, inscrustant l'iodoforme dans les moindres replis.

Cependant si avec Verneuil, Vérchère, Reclus, Terrillon, Terrier, etc., nous croyons à l'action antiseptique et modificatrice de l'éther iodoformé, nous devons dire que nous avons contre nous de nombreux adversaires et que partout et dans toutes les mains cet agent n'a pas donné les mêmes résultats. Nous avons sous les yeux une discussion de l'Académie reproduite dans la *Revue de chirurgie* de 1877. p. 231, survenue à la suite d'une communication de M. Trélat. Ce chirurgien expose le fait d'un abcès consécutif à une fièvre typhoïde guéri rapidement et d'une façon complète après l'injection de 80 à 90 centimètres cubes d'éther iodoformé. A ce propos, Lucas-Championière, Le Dentu disent qu'ils ont eu peu à se louer de l'emploi de l'éther iodoformé; par contre, Reclus cite trois faits probants où la guérison a été obtenue grâce à l'emploi de cet agent. Nous avons pu nous convaincre nous-même en suivant la clinique de l'hôpital St-Eloi, que dans plusieurs cas, le succès n'avait pas couronné les tentatives de ce genre faites par nos Maîtres. M. Berger à son tour rapporte qu'il n'a pas vu guérir un seul mal de Pott, mais qu'il a observé la guérison d'un vieillard atteint de carie du sternum avec abcès communiquant avec le médiastin. L'autopsie faite un an après a montré la poche revenue sur elle-même et pleine d'une sorte de mastic contenant beaucoup d'iodoforme.

Dans deux cas d'abcès non manifestement tuberculeux chez des sujets suspects de tuberculose, il a obtenu des guérisons durables à moins de frais et plus vite qu'avec l'incision. Au congrès de Berlin (*Gazette hebdomadaire* 8 juil. 87, p. 440), M. Rayter insiste sur le pouvoir désinfectant des

solutions alcooliques d'éther iodoformé, l'iodoforme en se décomposant rend les ptomaïnes inoffensives et il a le pouvoir de pénétrer les tissus.

Pour M. Sanger, de Berlin, l'effet de l'iodoforme sur les bacilles n'est pas immédiat mais se manifeste au bout d'un certain temps. Les bacilles tuberculeux subissent alors une véritable dégénérescence qui les rend incapables de reproduction et à la suite de laquelle leur protoplasma prend un aspect granuleux. M. Bruns de Tubinge n'emploie pas l'éther comme véhicule de l'iodoforme, il emploie une solution d'alcool et de glycérine en quantités égales contenant 10 % d'iodoforme. Sur 54 cas d'abcès tuberculeux ainsi traités, il a obtenu 40 guérisons, ce qui donnerait une moyenne de 75 % de guérisons.

Il suffit quelquefois d'une seule injection dans l'abcès préalablement vidé par la méthode aspiratrice; d'autres fois il faut répéter les injections trois ou quatre fois. L'examen microscopique montre que sous l'influence de l'iodoforme, les bacilles tendent à devenir plus rares jusqu'à disparaître complètement, les tubercules se désorganisent, les fongosités se détachent et leurs détritus sont absorbés pour faire place à des granulations qui amènent une cicatrisation rapide.

Les examens microscopiques faits par M. Chantemesse sur du pus d'abcès froids traités par les injections d'éther iodoformé est en parfait accord avec celui de M. Bruns de Tubinge, il prouve lui aussi l'absence des bacilles tuberculeux.

D'après Mikulicz, Binz, Högyes, Moleschott, Oberländer, l'iodoforme agirait localement en donnant constamment de l'iode à l'état naissant. Cet iode se retrouve dans l'urine pendant tout le traitement sans qu'il y ait aucun phénomène d'intoxication.

Quant à ses propriétés antiseptiques, Mikulicz a pu s'en

convaincre en expérimentant sur divers liquides et solutions organiques. Il a été appliqué en poudre dans des espèces de bougies à la gélatine (iodoforme 1 gr., gélatine 2 gr.) en émulsion et en solution éthérée.

Son action anti-bacillaire a paru évidente. Dans 23 cas d'ulcères fongueux, la guérison a été obtenue en deux mois et demi.

Une tumeur blanche du coude, une coxalgie avec fistules multiples, une infiltration tuberculeuse de l'avant-bras, se sont également terminées par la guérison sous l'influence de cet agent.

En outre, dans une arthrite fongueuse tibio-tarsienne sans fistules, on fit des injections parenchymateuses d'une solution d'iodoforme ; la guérison fut obtenue après 15 injections d'une demi-seringue de Pravaz. Même succès par les badigeonnages dans un cas de lupus du pied.

L'iodoforme, d'après Mikulicz, présente les avantages suivants :

Appliqué directement, il ne produit ni l'irritation locale ni ces conséquences.

Les pansements sont faciles à faire et peuvent être rarement répétés.

Appliqué directement sur les ulcérations fongueuses et tuberculeuses, il les déterge et tend à les faire cicatriser.

En France, la méthode est maintenant employée partout. Terrillon (*Progrès médical*, janvier et février 1887), en vante les heureux résultats, c'est, dit-il, une méthode excellente, non dangereuse et que je ne saurais trop vous recommander, car je l'ai employée avec succès plusieurs fois.

L'observation de M. Lubac prouve, qu'appliquée aux abcès pleuraux, elle donne de beaux succès. Le sujet était dans des conditions déplorables, il venait de passer par toutes les étapes d'une longue maladie qui ne finissait jamais, il était

par conséquent profondément affaibli. Nous pensons que l'éther iodoformé lui a rendu de grands services, en secouant la bonne nature médicatrice qui restait impuissante par les méthodes ordinaires.

Nous ne saurions trop insister sur la parfaite innocuité du traitement. Nous ne voyons pas trop pourquoi il serait plus téméraire d'introduire un corps volatil dans la cavité pleurale que dans toute autre cavité. Nous savons à quelles énormes pressions peut résister le poumon et quelle distension peut acquérir la plèvre qui, dans certains cas, renferme 4 ou 5 litres de liquide.

Pourquoi, dès-lors, redouter l'introduction d'une vingtaine de grammes d'éther iodoformé? A ceux qui, malgré ces considérations, craindraient encore la brusque vaporisation de l'éther, nous n'aurions qu'à conseiller les injections avec la formule employée en Allemagne par M. Bruns de Tubinge: 10 p. 10 d'iodoforme en solution dans de l'alcool et de la glycérine en parties égales.

Il est un reproche qu'on a quelquefois fait à ceux qui emploient les pansements iodoformés, soit sur une plaie cruentée, soit en injections, comme nous venons de le préconiser, sur lequel nous voulons appeler l'attention. On a dit que l'iodoforme exposait à des accidents toxiques et on trouve quelques cas cités dans les auteurs qui semblent donner raison à cet argument. Nous croyons que, d'une façon générale, c'est une exagération de soutenir un pareil fait, nous avons sous les yeux, à tout instant, dans les salles de l'hôpital, des malades qu'on panse très libéralement à l'iodoforme et qui sont loin d'en ressentir de fâcheux effets. Jamais, dit Reclus, on n'a noté des phénomènes d'empoisonnement ou de narcotisme en traitant des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, les 3 à 6 grammes d'iodoforme injectés ne suffisent pas à produire d'accident. Dans l'ob-

servation du Dr Lubac, où du reste on se trouvait en face d'une cavité pleurale assez faiblement distendue, 15 grammes seulement étaient injectés, ce qui faisait environ 0,65 centigr. d'iodoforme étalés sur les surfaces de la plèvre; nous croyons inutile d'ajouter qu'on ne pouvait pas, dans ce cas, redouter les accidents toxiques.

Pour Terrillon, la quantité de liquide introduit dans les grandes poches ne doit pas dépasser 100 grammes, dans la crainte des accidents que pourrait provoquer l'absorption d'une trop grande quantité d'iodoforme. Dans la plèvre, on n'en introduira jamais autant et nous croyons utile de commencer par de petites quantités.

MANUEL OPÉRATOIRE.

La pleurotomie antiseptique suivie d'injections d'éther iodoformé se pratiquera selon les règles que nous avons tracées plus haut. Les plus minutieuses précautions seront prises contre les agents pyogéniques.

Dès qu'on aura donné issue au pus, on fera un lavage avec un liquide neutre. Nous ne saurions trop recommander d'éviter l'emploi de l'acide phénique pour pratiquer ce lavage. Cet agent est toxique et caustique, et a donné lieu à de si nombreux accidents, qu'il est aujourd'hui universellement rejeté. On se servira donc de l'eau boriquée, solution au 20 p. 1000 et l'on fera suivre ce lavage d'une injection d'éther iodoformé. Nous croyons utile d'injecter d'abord une assez petite quantité, 15 à 20 gr. par exemple, et de faire, dans la suite, des injections aussi rares que possible. Une des propriétés de l'iodoforme est d'agir assez lentement et alors seulement qu'il commence à s'incruster dans les tissus.

Un drain devra être maintenu les premiers temps, puis

supprimé, dès que la quantité de pus est peu considérable. L'action irritante déterminée par la présence du drain est une des causes invoquées avec raison, croyons-nous, pour expliquer ces suppurations interminables et ces fistules incurables qu'on observe dans beaucoup de cas.

On terminera par un pansement à l'iodoforme qu'on renouvellera à chaque nouvelle injection.

DU TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Les préoccupations que donne l'état local ne doivent pas nous faire oublier un des facteurs importants de toute bonne thérapeutique: nous voulons parler du traitement général. Il est clair qu'un malade soumis à l'action d'une maladie aussi profondément débilitante que l'est la pleurésie suppurée, devra être soutenu par tous les moyens.

Le traitement général sera donc tonique et réparateur.

Le premier devoir du médecin sera de se préoccuper de l'alimentation : le lait, les vins généreux, la viande crue, devront être ordonnés.

Tous les médicaments toniques pourront ici être employés : extrait mou de quinquina, arsenic, tannin, rendront des services à des degrés divers. Duboué (de Pau) vante surtout les heureux résultats du tannin ; il l'ordonne de la manière suivante :

Tannin.	3 gr.
Conserve de roses	Q. S.

Pour 20 pilules: 5 à 8 par jour.

Enfin, toutes les règles de l'hygiène devront être observées; nous insistons surtout sur une excessive propreté, sur le renouvellement de l'air dans les appartements et sur une gymnastique respiratoire bien entendue. L'appareil de Waldenburg, destiné à distendre mécaniquement le poumon, pourra, dans ce cas, rendre de grands services.

CONCLUSIONS.

La pleurésie suppurée est une tuberculose locale. C'est l'abcès froid de la plèvre (Landouzy, Kelsch, Kiener, Ricochon).

Dans les cas où il n'en est pas ainsi, cette affection résulte d'un traumatisme, d'une infection ou d'une dyscrasie.

Sa marche est analogue à celle de la phtisie. Nous savons que la phtisie évolue selon deux modes fondamentaux: fibreux et purulents.

La pleurésie suppurée est l'analogue de cette deuxième forme d'évolution.

Nous soutenons néanmoins qu'elle peut guérir. Nous nous appuyons sur ce fait que les coxalgies, les abcès froids, les adénites, etc., de nature tuberculeuse, guérissent très bien. Or, la pleurésie suppurée n'étant, comme ces affections, qu'une tuberculose locale, peut également guérir.

De plus, nous croyons fermement que, dans le plus grand nombre de cas, ce résultat doit être obtenu. Les statistiques fournies par Moutard-Martin, Moizard, M^lle^ Kraft et les observations plus récentes de M. Kiener, sont une preuve de ce que nous avançons.

Pour obtenir le plus grand nombre de guérisons possible, il faut observer scrupuleusement les règles de l'antisepsie; aucun détail ne doit être négligé.

L'intervention hâtive est aussi une condition de succès.

La ponction aspiratrice sera rarement suivie de bons ré-

sultats; dans la grande majorité des cas, il faudra avoir recours à la pleurotomie antiseptique.

On ne devra pas user de lavages répétés après cette pleurotomie.

Ces lavages ont de nombreux inconvénients:

1° Les matières employées sont toxiques et il faut en craindre l'absorption par la plèvre;

2° Les drains, longtemps retenus dans l'ouverture, sont une cause d'irritation qui rend la suppuration interminable. Ils peuvent également être accusés de produire ces fistules pleurales qui ne guérissent jamais;

3° Enfin, en écartant mécaniquement les deux plèvres, les lavages répétés en empêchent l'adossement, ce qui rend la guérison excessivement longue.

On pourrait dire que les malades qui guérissent, guérissent malgré cette méthode; aussi croyons-nous qu'il faut avoir recours à la pleurotomie antiseptique, suivie de lavages rares et de pansements rares.

Les avantages de cette méthode sont: innocuité absolue, simplicité, guérison rapide (18 à 33 jours) et complète.

D'après Dujardin-Beaumetz, elle ne suffit pas dans tous les cas; si le pus devient odorant, il faut agir plus énergiquement.

Dans ce cas, nous proposons de combiner cette méthode avec celle que préconise M. le Docteur Lubac.

On fera donc la pleurotomie antiseptique suivie d'un lavage à l'acide borique.

Après ce lavage, on injectera une certaine quantité d'éther iodoformé, variable selon la grandeur de la poche.

On fera après un pansement iodoformé dans les conditions les plus antiseptiques et on attendra huit jours avant d'avoir recours à une nouvelle intervention.

L'iodoforme agit par son action antiseptique, c'est encore

le meilleur agent anti-bacillaire (Bruns de Tubinge, Chantemesse).

La méthode ainsi pratiquée est simple, sans dangers, capable d'amener une guérison complète et rapide.

Nous croyons donc qu'il sera souvent utile d'y avoir recours.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 mai 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 mai 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !